FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

N° 1028

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Norbert GICQUIAU

Né le 3 Février 1937, à Paris-11

Présentée et soutenue publiquement le 196

L'insuffisance respiratoire aiguë révélatrice d'une tumeur broncho-pulmonaire

Président : M. KREIS, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Norbert GICQUIAU

Né le 3 Février 1937, à Paris-11

Présentée et soutenue publiquement le 196

L'insuffisance respiratoire aiguë révélatrice d'une tumeur broncho-pulmonaire

Président : M. KREIS, Professeur

UNIV. LEIDEN BIBL.

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Baumann (J.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
	Polonovski (J.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
	Dognon (A.)
	Djourno (A.)
Cancérologie méd. et soc.	Denoix (P.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Embryologie	Tuchmann (H.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie	Giroud (A.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	Brumpt (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
	Kuss (R.)
	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
	Bricaire (H.)
	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathol. et thérap. générales	N...
Pharmacologie	Cheymol (J.)
	Levy (Mlle J.)
Physiologie	Bargeton (D.)
	Parrot (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	Cauchoix (J.)
Thérapeutique	Conte (M.)
Thérapeutique appliquée	Lamotte (M.)

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezeloff (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Desgrez (P.)
	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Histologie	Coujard (R.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
	Richet (G.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Cliniques :	
— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— cardiol. (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* LORTAT-JACOB (J.-L.) - *Beaujon :* N... - *Cochin :* LEGER (L.) - *Hôtel-Dieu :* PATEL (J.) - *Saint-Antoine :* GOSSET (J.) - *Salpêtrière :* SICARD (A.) - *Tenon :* OLIVIER (Cl.)	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	PADOVANI (P.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— dermatol. (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
— malad. métab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
— médicales : *Bicêtre :* DEPARIS (M.) - *Broussais :* MILLIEZ (P.) - *Cochin :* BROUET (G.) - *Hôtel-Dieu :* BARIÉTY (M.) - *Lariboisière :* SÈZE (S. de) *Pitié :* DREYFUS (G.) - *Saint-Antoine :* KOURILSKY (R.) - *Saint-Antoine :* BOUDIN (G.).	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
— médecine infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)

	MM.
Cliniques :	
— médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladie de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* LACOMME (M.) - *Saint-Antoine :* MERGER (R.).	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— ophtalmolog. (Cochin)	BREGEAT (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
— pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
— stomato. (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	ROUX (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
— toxicologique	GAULTIER (M.)
— traumat. et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
— urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— (Pitié)	RAMBERT (P.)
— (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); GROSSIORD (A.); LAMBLING (A.); LAUNAY (Cl.); PAYET (M.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).	
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie .. .. CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique .. GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie . .. .. VOURC'H (G.)
Bactériologie .. .. .. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale .... CARTIER (P.)
GONNARD (P.)
Biologie médicale .. .. HARTMANN (L.)
Hématologie .. .. .. BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses . .. DUPONT (V.)
Physique médicale .. .. COURSAGET (J.)
GREMY (F.)
Physiologie . .. . GIRARD (Fr.)
Stomatologie .. .. .. CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique .. .. .. CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique .. .. SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseillers administratifs : Mlle CHAINTREUIL (G.), M. FAYE (R.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EPOUSE

Qui est pour moi une précieuse collaboratrice.

A MES FILLES
LAURE ET PASCALE

Que ce travail soit pour elles un témoignage de mon affection.

A MES PARENTS

En reconnaissance de la confiance qu'ils m'ont toujours accordée.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur B. KREIS

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Il nous a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur BOURGEOIS

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a permis de réaliser ce travail dans son Centre de Réanimation Respiratoire.

En témoignage de ma respectueuse gratitude pour son accueil et ses précieux conseils.

Et que ce travail soit le témoignage des sentiments amicaux que je lui porte ainsi qu'à sa famille.

A Monsieur le Professeur CLOAREC

Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Qui su, au départ, me donner l'émulation nécessaire.

A Monsieur le Docteur LARGET

Chirurgien de l'Hôpital de Saint-Germain

A Monsieur le Docteur RONAT

Chirurgien de l'Hôpital de Poissy

Au contact desquels j'ai tant enrichi mes connaissances et dont l'intégrité a été pour moi un grand exemple.

Les observations qui font l'objet de ce travail proviennent toutes du Centre de réanimation respiratoire de l'Hôpital Bichat. Elles sont le résultat du dépouillement d'une masse de 1320 cas admis dans ce service depuis sa création en 1961 jusqu'en décembre 1965, soit une période de plus de quatre ans.

Les chiffres que nous apportons n'ont pas une valeur statistique indiscutable. En effet, les conditions particulières d'activité de ce Centre ont eu comme conséquence une orientation spécialisée de son recrutement. Bien que créé dans un service de médecine générale, l'orientation pneumologique de ce service y a conduit un certain nombre de malades provenant d'un recrutement personnel où dominaient les affections respiratoires. Le fait que tous les réanimateurs étaient bronchoscopistes donnait à cette technique une prédominance qui nous semble, dans le cas particulier, d'un intérêt essentiel. Enfin, la proximité du Centre de réanimation de l'Hôpital Claude Bernard, hautement spécialisé dans le traitement des poliomyélites, tétanos et autres affections neuro-respiratoires, explique que ces maladies ne figurent pas dans la statistique d'ensemble du service de réanimation de Bichat.

Telle quelle, de cette statistique d'ensemble, il faut isoler quarante-huit observations classées sous l'étiquette « tumeurs ». Cette rubrique réunit des malades d'une grande diversité. Nombre d'entre eux étaient atteints d'autres cancers, qu'elle qu'en soit la localisation. C'était souvent des cancers du larynx envoyés au centre dans un but plus humanitaire que véritablement médical. D'autres étaient atteints de tumeurs digestives compliquées d'encombrement bronchique terminal. Ces cas sont si fréquents, qu'au total, nous n'avons retenu que vingt-huit cas authentiques de cancers des bronches, du poumon ou du médiastin.

Parmi ceux-ci, dix fois, le cancer était connu et traité antérieurement à l'admission ; ces cas sont les moins intéressants. Dix-huit fois le cancer était totalement méconnu et il a été découvert à l'occasion d'un accident de détresse respiratoire.

Seules, ces dix-huit observations méritent toute notre attention.

CHAPITRE I

MALADES SANS ANTECEDENT PULMONAIRE

Ont été relevés les dossiers n^{os} 913 et 978.

• OBS. N° 1 (dossier n° 913)

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans enceinte de cinq mois, entrée dans le Service, en juin 1964, pour insuffisance respiratoire aiguë.

Antécédents :

On relève des angines chroniques durant l'enfance :
— une néphrite dont on ne connaît pas l'étiologie exacte ;
— une scarlatine ;
— des crises de rhumatismes articulaires aiguës ;
— une cardiopathie non précisée découverte à l'âge de douze ans.

Histoire de la maladie :

La présence d'antécédents cardiaques oblige la mise en observation de la malade, en mai 1964, dans un service d'obstétrique.

On note alors une polypnée superficielle légère, sans tirage, ni cyanose, ni toux, ni expectoration.

La radiographie pulmonaire pratiquée à l'époque ne montre qu'une augmentation de l'ombre cardiaque et un élargissement du pédicule.

En juin, apparition subite d'une insuffisance respiratoire aiguë ; les divers examens cliniques ne relèvent alors aucune localisation particulière de pneumopathie pouvant expliquer cette insuffisance respiratoire. De même, l'examen cardio-vasculaire ne relève aucune détérioration par rapport aux examens précédents.

Par contre, la radio relève un élargissement important d'un médiastin, ainsi que des opacités diffuses de la base gauche.

Des tomographies font apparaître une masse médiastinale homogène à limite inférieure floue entraînant une déviation de la trachée vers la droite.

Une césarienne décidée, étant donné l'état de la malade, donne naissance à deux jumeaux de sexe masculin, viables.

A son entrée dans le Service de Réanimation Respiratoire, la bronchoscopie pratiquée en urgence note la déviation vers la droite de la trachée, ainsi que l'orifice de la bronche souche gauche de calibre très réduit ; le cathétérisme de cette bronche est impossible.

De nombreux clichés radiologiques notent une augmentation rapide du volume de la masse malgré le traitement anti-inflammatoire et antimitotique instauré depuis trois semaines.

Les signes d'insuffisance respiratoire augmentent rapidement et la malade décède brutalement en quelques heures dans un tableau de collapsus irréversible.

Il s'agissait d'un dysembryome médiastinal dont l'évolution a été d'autant plus rapide que la malade était enceinte.

• OBS. N° 2 (dossier n° 978)

Il s'agit d'une femme de quatre-vingt-huit ans entrant dans le Service, en octobre 1964, pour insuffisance respiratoire aiguë.

On ne relève aucun antécédent pulmonaire chez cette malade.

Histoire de la maladie :

Depuis quinze jours, apparition d'une gêne respiratoire à type d'essoufflement.

L'examen clinique trouve des signes d'insuffisance respiratoire aiguë avec cyanose et dyspnée intense.

Il existe une matité à la base gauche retrouvée tant à la percussion qu'à l'auscultation.

La ponction pleurale ramène 500 cm^3 de liquide séro-hématique.

Les examens cyto-bactériologiques ne trouvent ni germes ni cellules néoplasiques.

De nouvelles ponctions évacuatrices seront nécessaires dans les jours qui suivent.

La malade décède dans un tableau de collapsus cardio-vasculaire quelques jours plus tard.

La vérification anatomique découvre une tumeur bronchique peut-être secondaire à un néoplasme digestif dont la mise en évidence n'a pas été faite.

CHAPITRE II

MALADES AVEC ANTECEDENTS NEUROLOGIQUES

Ont été relevés les dossiers n^{os} 637 et 944.

• OBS. N° 3 (dossier n° 637)

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans entrant dans le Service, en mai 1953, pour suspicion d'embolie pulmonaire avec des signes d'insuffisance respiratoire.

Antécédents :

Il n'existe, chez cette malade, aucun antécédent pulmonaire, mais quinze jours avant son entrée dans le Service, la malade a présenté une hémiplégie gauche avec paralysie faciale droite.

Histoire de la maladie :

Vingt-quatre heures avant son entrée dans le Service, la malade a commencé à présenter de petits signes d'insuffisance respiratoire, mis alors sur le compte de ces troubles neurologiques. Mais rapidement les signes de détresse respiratoire avc dypnée et tirage ont obligé à faire entrer la malade dans le Service de Réanimation Respiratoire.

Une bronchoscopie faite d'emblée, afin de désobstruer les voies respiratoires de la malade, montre un aspect de polymitose laryngée avec bande verticale tuméfiée bordée d'éléments encéphaloïdes.

Malgré les traitements d'urgence mis en œuvre, la malade décède quelques heures après son entrée dans le Service.

• OBS. N° 4 (dossier n° 944)

Il s'agit d'un homme de soixante ans entrant dans le Service, en août 1964, pour insuffisance respiratoire avec cyanose intense, état dyspnéique profond.

Antécédents :

En 1956, à la suite d'un accident, le malade se plaint de douleurs cervico-brachiales droites.

En mars 1964, recrudescence des signes douloureux accompagnés d'amaigrissement.

Le malade est alors hospitalisé dans un service spécialisé où son état est amélioré par le port d'une minerve plâtrée.

On note à l'époque une certaine confusion mentale.

Les examens pratiqués, et en particulier un lipiodol vertébral, montrent un refoulement postérieur au niveau de C6 et C7, plus en faveur d'un trouble des corps vertébraux eux-mêmes que d'une lésion du disque inter-vertébral.

Histoire de la maladie :

Au début du mois de juillet 1964, alors que le malade est toujours hospitalisé dans le Service spécialisé pour ses douleurs cervico-brachiales, apparaissent des signes d'insuffisance respiratoire mineurs avec un début d'encombrement trachéo-bronchique entraînant toux et expectoration.

En quelques jours, ces signes de bronchorrhée s'accentuent jusqu'à nécessiter le transfert du malade au Centre de Réanimation Respiratoire.

Une bronchoscopie pratiquée à l'arrivée, dans le but de désencombrer le malade, découvre une bronche lobaire inférieure gauche bourgeonnante, rigide, saignante au contact, infiltrée, dont l'examen anatomo-pathologique répondra : épithélioma bronchique primitif.

CHAPITRE III

MALADES AVEC ANTECEDENTS NEOPLASIQUES

Ont été relevés les dossiers n^{os} 401, 608 et 969.

• OBS. N° 5 (dossier n° 401)

Il s'agit d'un homme de soixante et un ans entrant dans le Service, en mai 1962, pour dyspnée, cyanose et hypersécrétions bronchiques.

Antécédents :

Depuis plusieurs mois, le malade avait présenté des signes prostatiques avec troubles urinaires à type de rétention, troubles qui avaient nécessité la mise en place d'un traitement par des œstrogènes.

Histoire de la maladie :

Le malade entre dans le Service dans un état de détresse respiratoire intense. Dans les heures qui suivent, apparaît un coma d'abord léger, puis s'accentuant malgré les efforts de réanimation respiratoire.

L'auscultation montre des râles humides dans les deux champs, sauf au niveau de la base gauche où existe une zone hypersonore. La radiographie pulmonaire précisera la présence d'images bulleuses au niveau du champ gauche.

Une bronchoscopie, dans un but thérapeutique de désobstruction, découvre au niveau de la lobaire inférieure gauche une diminution nette du calibre bronchique par une prolifération néoplasique.

Le malade décède rapidement et la vérification anatomique découvrira qu'il s'agissait d'une métastase broncho-pulmonaire d'un épithélioma prostatique.

• OBS. N° 6 (dossier n° 608)

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans entrant dans le Service, en avril 1963, dans un état d'insuffisance respiratoire aigu.

Antécédents :

Au mois de mars 1963, le malade avait présenté une dysphagie complète, autant pour les solides que pour les liquides, qui avait nécessité une radiographie œsophagienne qui avait montré la présence d'une masse obstruant le bas-œsophage (masse située à 4 cm au-dessus du cardia).

Le malade avait été opéré de cette tumeur qui s'était révélée maligne et avait nécessité une jéjunostomie.

Histoire de la maladie :

Les suites opératoires avaient été normales ; on ne relève en particulier aucune déficit respiratoire immédiat, mais à partir du vingtième jour, commencent à apparaître des signes de bronchorrhée avec dyspnée surtout nocturnes. Progressivement, l'état dyspnéique s'accentue et oblige à transférer le malade au Centre de Réanimation Respiratoire.

Une bronchoscopie de désencombrement faite dès son arrivée découvre une diminution importante du calibre de la bronche souche gauche par une compression extrinsèque avec de nombreux signes inflammatoires au niveau de cette même bronche souche.

La radiographie de face, pratiquée en urgence au lit du malade, précisera un élargissement important du médiastin au niveau du hile avec présence de nombreux ganglions plus ou moins visibles sur cette radio. Le malade décède en quelques heures et la vérification anatomique précisera qu'il s'agissait d'un envahissement loco-régional d'un néoplasme primitif de l'œsophage.

• OBS. N° 7 (dossier n° 969)

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans entrant dans le Service, en septembre 1964, pour insuffisance respiratoire aiguë.

Antécédents :

Au cours de l'hiver 1960, à l'occasion d'un syndrome hivernal et bronchorrhée, une radiographie standard fait découvrir une tumeur du poumon gauche. L'intervention chirurgicale est alors décidée et une pneumonectomie gauche est pratiquée.

Les suites opératoires ont été parfaitement normales et, dans les trois ans qui suivirent, le malade avait repris son travail et se portait parfaitement bien.

Histoire de la maladie :

Dans la dernière semaine du mois d'août 1964, le malade se plaignit d'une grande fatigue accompagnée d'une dyspnée d'abord légère. Cet état s'est accentué rapidement et l'état général s'est détérioré jusqu'à nécessité d'hospitalisation en urgence au Service de Réanimation où le malade est entré dans un état cachectique intense avec signes d'asphyxie complète.

La bronchoscopie, faite à l'arrivée du malade, met en évidence une prolifération néoplasique au niveau de la bronche souche droite dont le point de départ semble siéger sur le moignon restant de la bronche souche gauche.

Malgré le traitement de réanimation, le malade meurt quelques heures après son admission.

CHAPITRE IV

MALADES AVEC ANTECEDENTS DE TUBERCULOSE

Ont été relevés les dossiers n^{os} 36, 138, 1176 et 1186.

• OBS. N° 8 (dossier n° 36)

Il s'agit d'une femme de soixante ans entrant dans le Service, en mai 1960, pour insuffisance respiratoire aiguë.

Antécédents :

En janvier 1960, à la suite d'un petit épisode de bronchorrhée hivernale, les examens complémentaires et la radiographie font découvrir une tuberculose. Les lésions siégeaient au niveau du poumon droit. Il s'agissait à ce niveau de micro-nodules. On notait également une réaction pleurale de la base gauche, un traitement par antibiotiques est alors instauré et, dans les semaines qui suivent, l'état s'améliore normalement.

Brutalement et malgré la continuation du traitement, s'installe une insuffisance respiratoire d'abord légère, puis à une dyspnée nocturne de faible intensité succède une dyspnée majeure et continuelle avec apparition de signe d'encombrement bronchique.

On décide alors d'associer au traitement antituberculeux classique un traitement anti-inflammatoire énergique, mais malgré ce dernier l'état de la malade s'aggrave rapidement et nécessite son entrée dans le Service de Réanimation.

Histoire de la maladie :

A son arrivée, la malade est dans un état d'asphyxie presque complet avec des bronches noyées par une sécrétion très abondante. La radiographie de face faite en urgence ne montre aucune image nouvelle dans le champ pulmonaire droit, mais au niveau du poumon gauche, hormis la réaction pleurale de la base, on découvre des images micro-nodulaires du sommet.

Une bronchoscopie est alors décidée, afin de drainer les sécrétions fluides mais abondantes. Cet examen permet de découvrir qu'il n'y a pas de dyskinésie trachéo-bronchique, mais qu'il existe au niveau de la bronche droite une masse

rosée non hémorragique, régulière, obturant partiellement la lumière. On ne pratiquera pas de dynopsie ce jour-là, étant donné l'état dyspnéique de la malade.

Dans les jours qui suivent, le traitement de réanimation respiratoire intense associé à une augmentation importante du taux d'anti-inflammatoires entraîne une amélioration notable de l'état général.

On pratique alors une nouvelle bronchoscopie afin de permettre la biopsie dont le laboratoire d'anatomo-pathologie précise qu'il s'agit d'un fragment constitué de cellules néoplasiques endo-lymphatiques présentant en certains points une disjonction glandulaire. Caractères manifestes d'une métastase lymphatique d'un épithélioma glandulaire à structure trabéculaire.

L'état général de la malade étant stationnaire, on la laisse sortir sur sa demande.

• OBS. N° 9 (dossier n° 138)

Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans entrant dans le Service, en janvier 1961, avec diagnostic d'insuffisance respiratoire secondaire à une tuberculose pulmonaire ancienne.

Antécédents :

En 1942, on découvre à l'occasion d'un épisode pulmonaire banal une tuberculose traitée en sanatorium pendant deux ans. Le malade reprend un travail actif dès sa sortie et est suivi régulièrement par des radiographies.

En 1956, une légère manifestation pulmonaire accompagnée de modification des images radiologiques font reprendre un traitement ambulatoire d'un an par du rimifon. Depuis, la tuberculose était parfaitement stabilisée et les divers examens de crachats et tubage n'ont pas retrouvé de B.K. Les images radiologiques montraient une stabilité parfaite de la lésion du sommet droit.

Histoire de la maladie :

Brutalement, quelques jours avant son entrée dans le Service, s'installe une dyspnée avec tirage entraînant une insuffisance respiratoire aiguë. Les radiographies standard faites à son arrivée montrent une opacité complète pulmonaire droit.

Une bronchoscopie décidée alors met en évidence une volumineuse lésion néoplasique obstruant complètement la bronche souche droite.

Le malade meurt en quelques jours après une crise épileptiforme vraisemblablement liée à une métastase cérébrale du cancer pulmonaire primitif.

• OBS. N° 10 (dossier n° 1173)

Il s'agit d'un homme de trente-six ans entrant, en avril 1965, dans le Service pour insuffisance respiratoire aiguë, alors que ses lésions tuberculeuses semblaient stabilisées.

Antécédents :

En 1962, lors d'une visite systématique de médecine du travail, on découvre une lésion de tuberculose pulmonaire qui est traitée en milieu hospitalier par antituberculeux. Stabilisée depuis, le malade était régulièrement suivi par des clichés radiographiques dont les images de cicatrisation restaient parfaitement identiques. Toutes les recherches de B.K. étaient négatives.

En janvier 1965, des troubles digestifs obligent le malade à consulter et l'on découvre alors la présence d'une tumeur gastrique sur les radiographies de transit gastro-duodénal. Les clichés pulmonaires faits à la même époque montraient toujours une stabilité parfaite des anciennes lésions tuberculeuses.

Une gastrectomie est alors pratiquée et le malade se remet rapidement de cette intervention.

Histoire de la maladie :

En avril 1965, apparition d'une dyspnée qui s'aggrave rapidement et nécessite son hospitalisation dans le Service de Réanimation. A son entrée, les clichés standard pratiqués montrent que les éléments nodulaires, parfaitement stable jusque-là, ont fusionné en un volumineux placard. On pense alors à une reprise du processus tuberculeux et l'on met en œuvre tous les examens nécessaires à vérifier ce diagnostic.

Toutes les recherches de B.K. à l'examen directe et en culture sont négatives. La V.S. est accélérée à 26 mm à la première heure, la numération-formule sanguine est en faveur d'une infection à germes banaux. On relève en effet 92 % de polynucléaires. On ne note pas d'anémie.

La bronchoscopie pratiquée alors montre de volumineuses lésions carcinomateuses de la lobaire inférieure droite d'origine lymphatique. Le malade meurt rapidement dans un tableau de confusions mentales extrêmes.

La vérification anatomique montrera qu'il s'agissait d'une lymphagite carcinomateuse d'origine digestive avec métastase cérébrale.

• OBS. N° 11 (dossier n° 1186)

Il s'agit d'un homme de soixante-treize ans entrant dans le Service, en mai 1965, pour insuffisance respiratoire aiguë à la suite d'un état de mal asthmatique durant depuis une semaine.

Antécédents :

Alors que le malade était en déportation : apparition d'une tuberculose pulmonaire non traitée dont il ne reste cependant rien à l'examen clinique, si ce n'est qu'une matité du sommet gauche, également visible à la radio, comme lésion cicatricielle pleuro-pulmonaire.

A la même époque, le malade a présenté une ostéite, vraisemblablement tuberculeuse, du grand trochanter qui a évolué favorablement grâce au traitement instauré à son retour de déportation.

Depuis, le malade a été suivi régulièrement et tous les examens ont été négatifs. Son état respiratoire était satisfaisant jusqu'au mois d'août 1964 où apparaît une première crise d'asthme rapidement guérie.

Histoire de la maladie :

Une semaine avant son entrée dans le Service, le malade a présenté une nouvelle crise qui, malgré le traitement, a évolué rapidement vers un état de mal qui a nécessité l'hospitalisation.

L'examen clinique a révélé alors, qu'outre les signes d'insuffisance respiratoire avec cyanose et dyspnée, existait également un état confusionnel intense.

L'auscultation découvrit une matité de la base gauche que la radiographie confirma en précisant qu'il s'agissait d'un épanchement abondant.

La ponction évacuatrice ramena 750 cm^3 d'un liquide brunâtre dont l'anatomopathologie précisa qu'il contenait de nombreux placards de cellules à grands noyaux dues à un processus discellulosique d'origine néoplasique.

A la demande de la famille, le malade quitte le Service alors que son état général s'était légèrement amélioré.

CHAPITRE V

MALADES AVEC ANTECEDENTS DE PNEUMOPATHIES DIVERSES

Ont été relevés les dossiers n^{os} 37, 226, 511, 521, 544 et 961.

• OBS. N° 12 (dossier n° 37)

Il s'agit d'un homme de soixante-dix-neuf ans entrant dans le Service, en mai 1960, en détresse respiratoire intense à la suite d'une pneumopathie à germes banaux.

Antécédents :

Il s'agit d'un malade ayant présenté des bronchorrhées jusque-là hivernales, traitées sans aucune complication.

Histoire de la maladie :

Depuis un mois, le malade souffrait de bronchorrhée aiguë s'accompagnant de fièvre, de toux et d'une expectoration de volume variable d'un jour à l'autre. Toutes les recherches de B.K. avaient été négatives et le laboratoire n'avait parlé que de germes banaux, type coli.

A son entrée dans le Service, l'examen clinique montre qu'il s'agit de pneumopathie lobaire inférieure droite avec encombrement bronchique majeur.

Une bronchoscopie de désencombrement ramène des sécrétions purulentes très abondantes. Une phase d'apnée oblige à arrêter l'exploration et à pratiquer une respiration artificielle.

Une trachéotomie difficile à travers un isthme thyroïdien très vascularisé est décidée.

Une amélioration très faible dans les jours suivants est quand même à noter.

Le malade décède brutalement et la vérification anatomique montre qu'il s'agit d'une rupture de l'arbre trachéo-bronchique atteint par un processus néoplasique siégeant au niveau du lobe inférieur droit.

• OBS. N° 13 (dossier n° 226)

Il s'agit d'un homme de soixante-six ans entrant dans le Service, en Juin 1961, dans un coma profond avec troubles respiratoires majeurs.

Antécédents :

En juin 1960, le malade fait un épisode pulmonaire baptisé « congestion », alors qu'il était en vacances en province. Traité par antibiotiques, la guérison est rapidement acquise.

En septembre, alors que le malade était de retour à Paris, un nouvel épisode pulmonaire survient aussi brutalement que le premier et les examens de laboratoire retrouvent à l'hémoculture la présence d'entérocoques dont le traitement par antibiotiques vient rapidement à bout.

En octobre, un nouvel épisode de « congestion » de la base gauche est lui-même rapidement guéri, mais persiste une fatigue intense que l'on attribue alors aux antibiotiques à forte dose que le malade a reçus depuis quelques temps.

En février 1961, un nouvel épisode atteint successivement la base gauche et le champ pulmonaire droit ; un nouveau traitement antibiotique est mis en œuvre après des examens de crachats qui retrouvent des entérocoques et des germes de type coli.

Des radiographies et des tomographies faites régulièrement ne montrent qu'une condensation non homogène de la base gauche.

En avril 1961, un épisode de sciatique fait pratiquer des clichés vertébraux qui ne révèlent aucune image suspecte.

Au début de juin, survient un épisode d'hémoptysie intense qui cesse rapidement, mais laisse place à une expectoration importante de crachats purulents mêlés de filets hématiques.

Histoire de la maladie :

A la fin du mois de juin, le malade entre dans le coma et manifeste des troubles respiratoires importants.

Dès son arrivée dans le Service, une bronchoscopie de désencombrement est faite. On constate alors que du sang sort par le tronc intermédiaire droit qui est sténosé à sa partie terminale par une altération de la paroi dont la muqueuse est tomentueuse, rouge avec granulations blanchâtres, saignantes au contact. Une biopsie est faite malgré l'hémorragie. Le malade meurt en quelques heures dans un tableau d'hémoptysie intense. Il s'agissait d'un carcinome de la bronche moyenne droite avec bloc de pyosclérose de la base droite dont les examens radiologiques ont révélé qu'il s'agissait de pyocyanique.

• OBS. N° 14 (dossier n° 511)

Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans entrant dans le Service, en novembre 1962, pour encombrement bronchique intense avec signe d'insuffisance respiratoire.

Antécédents :

En 1937, le malade a présenté un abcès du poumon qui, étant donné la résistance du traitement, a nécessité une lobectomie dont l'histologie a confirmé la nature infectieuse simple. Le malade n'a présenté depuis aucun signe pulmonaire notable.

Histoire de la maladie :

En octobre 1962, le malade se sent fatigué, tousse et expectore des crachats présentant des filets de sang.

On hospitalise alors ce malade dans un service de médecine générale où un traitement antibiotique et anti-inflammatoire est mis en train étant donné la température élevée à 39° et l'abondance des sécrétions muco-purulentes.

Dix jours plus tard, le malade est transféré dans le Service de Réanimation étant donné l'aggravation des signes respiratoires.

Une bronchoscopie pratiquée dans le Service découvre une volumineuse hyperplasie d'origine néoplasique au niveau de la bifurcation trachéale rétrécissant les deux bronches souches.

La radiographie standard pratiquée dans le Service de Médecine Générale et dans le Service de Réanimation respiratoire ne montrait qu'un élargissement du hile.

Le malade meurt deux jours plus tard dans un état de dyspnée asphyxique.

• OBS. N° 15 (dossier n° 521)

Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans entrant dans le Service, en décembre 1952, pour décompensation cardio-respiratoire chez un bronchorrhéique chronique.

Antécédents :

Il s'agit d'un grand fumeur qui, depuis de nombreuses années, fait des poussées de bronchite hivernale accompagnée d'une expectoration abondante.

Entre ces périodes aiguës, le malade continue à cracher et à tousser.

En octobre 1961, un nouvel épisode de bronchorrhée, mais plus intense que les autres années, résiste aux traitements habituels et s'accompagne de dyspnée d'effort et de dyspnée de décubitus avec œdème des membres inférieurs, douleurs précordiales.

Progressivement, l'ensemble de ces signes s'accentue et nécessite l'hospitalisation dans le Service de Réanimation.

Histoire de la maladie :

A son entrée dans le Service, la dyspnée est continue et s'accompagne de sécrétion muco-purulente, de la bronchorrhée, dont le volume ne fait qu'augmenter. Les signes de décompensation cardio-respiratoire sont à leur maximum.

Une bronchoscopie, faite en urgence afin de désencombrer le malade, découvre une muqueuse bronchique qui, dans sa totalité, est rouge, gonflée, épaissie, saignante au contact. Par ailleurs, la bronche souche gauche présente un bourgeon charnu très suspect.

Malgré les efforts de réanimation, le malade succombe trois jours après son admission.

La vérification anatomique confirme le diagnostic de la bronchoscopie en mettant en évidence une tumeur du Fowler gauche envahissant la bronche de Nelson et la trachée. On note la présence d'un muco-pus très abondant.

• OBS. N° 16 (dossier n° 544)

Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans entrant dans le Service, en janvier 1963, pour dyspnée avec cyanose.

Antécédents :

Broncho-emphysémateux chronique, gazé en 1914-1918, présentant de façon saisonnière des poussées de bronchorrhée aiguë. Jusqu'à ce jour, les traitements antibiotiques avaient rapidement fait céder ces poussées.

Au mois de décembre 1962, un nouvel épisode de bronchorrhée n'est pas amélioré par le traitement habituel ; au contraire, la sécrétion a considérablement augmenté et bientôt s'installe un état de dyspnée continu avec cyanose qui a nécessité son hospitalisation.

Histoire de la maladie :

A son entrée dans le Service, le malade présente un état d'encombrement bronchique majeur. Une bronchoscopie en urgence, afin d'aspirer les sécrétions, est décidée.

Elle montre des conduits littéralement noyés, une trachée aplatie transversalement, une réduction de tous les calibres bronchiques par un œdème congestif et, au niveau de la bronche souche droite et de la lobaire supérieure droite ainsi que de la partie initiale de la trachée à droite, une compression extrinsèque.

Tous les éperons sont élargis et la bronchoplégie est presque totale. Malgré le traitement, le malade succombe en quelques minutes dans un tableau de collapsus cardio-vasculaire.

La vérification anatomique confirme le diagnostic de la bronchoscopie en découvrant une tumeur du lobe supérieur droit envahissant le hile droit et la partie droite de la trachée terminale.

• OBS. N° 17 (dossier n° 961)

Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans entrant dans le Service, en août 1964, pour insuffisance respiratoire avec décompensation cardio-vasculaire.

Antécédents :

Malade bronchitique chronique depuis quarante ans ; il ne s'agissait jusqu'à présent que de poussées hivernales de bronchite. Rapidement traitée, sa durée n'a jamais excédé un mois de traitement. Elle se guérissait sans séquelles.

Au cours de l'hiver 1963, nouvelle poussée de bronchite, mais laissant après asséchement de la sécrétion une dyspnée d'effort qui n'a fait que s'accentuer.

Histoire de la maladie :

Dans le courant de juillet 1964, une poussée de bronchite survient sur le fond de dyspnée. Il s'agit de la première poussée estivale de la maladie.

Elle résiste au traitement habituel et entraîne rapidement une cyanose avec encombrement bronchique intense et tachycardie paroxystique. Son état à l'arrivée nécessite une trachéotomie d'urgence étant donné l'état de collapsus. Le malade est très agité les jours suivants, mais la réanimation respiratoire est satisfaisante. La radiographie faite au lit montre un élargissement hilaire et para-hilaire droit avec ascension de l'hémidiaphragme droit. La bronchoscopie découvre une bronche intermédiaire droite, dont le calibre est réduit par une compression extrinsèque. L'ensemble est rigide et hémorragique.

Pendant un mois, l'état général du malade restera stationnaire et brusquement il succombera dans un tableau d'œdème aigu du poumon avec collapsus irréversible.

La vérification anatomique montre qu'il s'agissait d'un volumineux carcinome pulmonaire droit avec envahissement de toute la partie droite du médiastin.

CHAPITRE VI

MALADES AVEC ANTECEDENTS PULMONAIRES MULTIPLES

A été relevé le dossier n° 62.

• OBS. N° 18 (dossier n° 62)

Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans entrant dans le Service, en juin 1960, pour insuffisance ventriculaire droite au cours d'une pneumopathie chronique.

Antécédents :

En février 1937, est découverte une tuberculose pulmonaire traitée en sanatorium pendant deux ans et dont les lésions semblaient s'être stabilisées avant sa sortie.

En 1941, à la suite d'une petite poussée de bronchorrhée hivernale, le malade fait un volumineux abcès du poumon gauche qui se draine facilement et ne semble n'avoir laissé aucun trouble respiratoire majeur.

En 1947, à la suite d'un syndrome grippal, une dilatation des bronches s'instaure.

Depuis cette époque, chaque année des poussées de bronchite avec expectoration abondante et toux obligent à un traitement antibiotique.

La dernière poussée remonte au mois de septembre 1959, elle résista au traitement et, depuis cette date, le malade n'a pu reprendre son travail étant donné l'aggravation progressive d'une dyspnée s'accompagnant de cyanose.

Histoire de la maladie :

A son entrée dans le Service, le malade est cyanosé, dyspnéique, secoué de fréquentes quintes de toux ramenant une expectoration abondante muco-purulente, parfois hémoptoïque.

La radiographie pulmonaire faite en urgence ne découvre que des opacités aérolaires des deux champs, en rapport avec la dilatation des bronches.

La bronchoscopie découvre une trachée normale, un éperon trachéal élargi, les bronches souches sont normales, mais les bronches intermédiaires sont envahies d'une multitude de bourgeons irréguliers parfois pédiculés.

Le malade meurt en quelques semaines et la vérification anatomique précise qu'il s'agissait d'une prolifération d'éléments tumoraux rangés le long des axes vasculaires, donnant un vague aspect papillaire végétant, infiltrant les gaines péri-vasculaires des poumons ainsi que les lymphatiques et la paroi de plusieurs bronches dont la lumière est obstruée.

Il s'agit d'un épithélioma anaplasique à grosses cellules qui a donné des métastases nodulaires massives des deux surrénales.

CHAPITRE VII

DISCUSSION

L'étude détaillée de ces dix-huit observations, prête à de nombreux commentaires.

Nous mettrons à part, du fait de son caractère exceptionnel, l'*observation n° 1*, celle d'une femme de vingt-neuf ans, présentant une grossesse gémellaire et chez laquelle on découvre un dysembryome malin avec une opacité médiastinale très importante ; ce cas ne prête pas à des commentaires de caractère général.

Par contre, les *observations n^os 2, 3, 5, 6* et *10* correspondent à des tableaux cliniques *où le diagnostic de cancer bronchique aurait dû être fortement suspecté* avant les accidents de détresse respiratoire.

• La constatation d'une pleurésie hémorragique importante et récidivante chez une femme âgée, comme c'est le cas de la seconde observation, évoque l'idée du cancer (*obs. n° 2*).

• La troisième observation (*obs. n° 4*), est celle d'un homme déjà atteint d'une tumeur de la colonne vertébrale, connue et diagnostiquée. Il eût été logique de rechercher d'autres localisations secondaires et il suffisait d'une radiographie du thorax pour en découvrir des opacités qui imposaient le diagnostic.

• Il en est de même de l'*observation n° 5* où le seul fait de se trouver en présence d'un homme âgé de soixante et un ans, déjà traité par des œstrogènes, orientait vers la découverte de métastases pulmonaires d'un cancer de la prostate.

• Quant à l'*observation n° 6*, elle a trait à un cancer de l'œsophage connu, diagnostiqué et traité chirurgicalement. L'extension locale du cancer a, de toute évidence, provoqué la compression de la bronche gauche.

Il y a là toute une série de faits qui orientent d'emblée vers la possibilité d'une métastase broncho-pulmonaire.

• Il en est de même dans l'*observaion n° 7* qui est celle d'un malade ayant déjà subi une pneumonectomie gauche trois ans auparavant ; l'apparition d'une nouvelle localisation cancéreuse au niveau de la bronche droite était parmi les accidents relativement prévisibles.

• L'*observation n° 10* était certes celle d'un ancien tuberculeux, mais cette tuberculose était traitée et stabilisée depuis plus de trois ans alors que trois mois au préalable, a été constaté un cancer de l'estomac traité par gastrectomie. Il était plus logique de rattacher les manifestations respiratoires au cancer gastrique récemment opéré qu'à une tuberculose depuis longtemps stabilisée et qui ne manifestait pas de réveil par l'apparition de bacilles dans l'expectoration.

* *

Le second groupe d'observations est constitué par des sujets ayant des *antécédents tuberculeux*. Nous venons de signaler l'*observation n° 10* où il y a association d'antécédents de tuberculose et de cancer gastrique récemment opéré.

Trois autres observations figurent dans ce groupe :

• La première est celle d'une femme de soixante ans traitée depuis quatre mois très activement pour une tuberculose pulmonaire évolutive. C'est en plein traitement par les tuberculostatiques que l'on voit s'installer de façon brutale une grande insuffisance respiratoire, alors que l'image radiologique restait inchangée. L'apparition subite d'accidents de détresse respiratoire, en cours de traitement *sans modification brusque de l'image radiologique*, a ici une grande valeur indicative. Le diagnostic est fait par une biopsie endobronchique qui, en révélant un cancer de structure glandulaire met sur la voie du diagnostic de métastase pulmonaire d'un cancer vraisemblablement digestif totalement méconnu.

• L'*observation n° 9* est également assez caractéristique. Certes, il existe l'antécédent de tuberculose, mais une fois de plus *l'absence de bacilles dans l'expectoration* est bien évocatrice. Les accidents respiratoires prennent l'aspect d'une crise aiguë avec dyspnée intense s'accompagnant à la fois d'une opacité segmentaire et de crises épileptiformes qui évoquent l'hypothèse d'une métastase cérébrale.

• L'*observation n° 11*, par contre, est d'un diagnostic beaucoup plus difficile puisqu'il s'agit d'une sorte d'état de mal asthmatique avec dyspnée intense s'installant chez un ancien tuberculeux pulmonaire et osseux ; le développement d'un épanchement pleural peut aussi

évoquer la tuberculose mais l'abondance de l'épanchement, les caractères de ponction, la présence de nombreux placards endothéliaux sont assez évocateurs d'un cancer métastatique.

* *

Le troisième groupe d'observations correspond à des cas de poussées de bronchopneumopathie aiguë.

• Le premier (*obs. n° 12*), est celui d'un homme de soixante-dix-neuf ans qui fait une pneumopathie lobaire supérieure droite qui ne cède pas au traitement par antibiotiques et par corticoïdes. L'évolution se prolonge indéfiniment, les accidents d'insuffisance respiratoire aiguë surviennent malgré le traitement et, à l'autopsie, on découvre le cancer des bronches.

• Dans la seconde observation (*obs. n° 13*), les épisodes aigus se répètent quatre fois, toujours au même endroit, à la base gauche. La quatrième poussée résiste à toute thérapeutique et entraîne la détresse respiratoire. C'est en faisant une bronchoscopie de désencombrement que l'on découvre un cancer de la bronche intermédiaire gauche.

• La quatrième, (*obs. n° 14*), est encore le fait d'une pneumopathie aiguë qui résiste au traitement par corticoïdes et antibiotiques, se prolonge pendant longtemps, ne donne aucune image radiologique suspecte ; mais la prolongation de ces manifestations infectieuses entraîne à faire la bronchoscopie qui découvre le cancer.

Ainsi, dans ces quatre observations, c'est la résistance aux traitements classiques, la persistance de l'expectoration, la longue durée de la période fébrile qui sont des éléments très évocateurs qui auraient dû orienter vers le diagnostic de cancer avant que n'apparaisse la détresse respiratoire.

Dans tous ces cas, il s'agit de petites tumeurs endobronchiques qui échappent à l'investigation radiologique. L'absence d'opacité anormale est à l'origine de l'absence d'un diagnostic qui devient évident dès que l'on pratique la bronchoscopie.

* *

Le dernier groupe, le plus intéressant, est celui de sujets antérieurement atteints de bronchopneumopathie chronique.

• L'*observation n° 15* est celle d'un homme de cinquante-sept ans en décompensation cardio-respiratoire ; il est atteint depuis des années de bronchopneumopathie chronique, mais un jour la poussée est plus

violente, elle s'accompagne d'une dyspnée intense ; les corticoïdes et les antibiotiques sont repris aux doses habituelles et habituellement efficaces. Cependant, et pour la première fois, le traitement est inactif, l'expectoration persiste toujours, purulente et plus abondante que lors des poussées antérieures. Ce *changement brusque* dans l'orientation générale de l'affection est un élément très évocateur.

• Il en est de même à la lecture de l'*observation n° 16*.

La poussée apparaît ici après bien d'autres mais beaucoup plus grave, non améliorée par le traitement, s'accompagnant elle aussi d'une *augmentation des sécrétions, qui ne cède ni aux antibiotiques, ni aux corticoïdes*.

• Même tableau clinique dans l'*observation n° 17* ; cet homme de soixante-dix ans a des poussées tous les hivers et se porte bien en été, et un jour il fait une poussée en *plein été* avec des accidents d'encombrement majeur ; la radiographie est normale ou très voisine de la normale. On note seulement une légère surélévation du diaphragme d'un côté, et c'est tout. C'est en faisant la broncho-aspiration qu'on découvre la tumeur.

• Dans l'*observation n° 18*, tableau clinique identique.

Ce sont des poussées bronchitiques aiguës qui soulignent l'évolution de la bronchopneumopathie chronique ; les poussées sont hivernales, habituellement de courte durée, cédant au traitement classique ; puis, au cours d'un hiver, la poussée est plus grave, *elle se prolonge jusqu'à durer six mois* ; elle ne cède pas au traitement, l'expectoration n'est pas modifiée. La rétention bronchique est liée à l'existence d'une tumeur qui n'est découverte qu'au moment où apparaissent les grands accidents d'insuffisance respiratoire, nécessitant une bronchoscopie de désencombrement qui, en même temps, permet d'assurer le diagnostic.

* *

Si, revenant en arrière, on examine l'ensemble de ces observations, on est frappé par le fait que dans tous les cas (ou dans presque tous), *le diagnostic de cancer bronchique aurait pu être porté plus tôt si un examen clinique judicieux avait tenu un compte exact des modifications des symptômes au cours de l'évolution de la maladie*.

Le diagnostic est facile lorsqu'il existe des antécédents cancéreux. C'est le cas des premières observations. Il est un peu plus délicat lorsqu'il s'agit de sujets ayant des antécédents tuberculeux, mais la survenue d'une détresse respiratoire au cours même d'une tuberculose

pulmonaire traitée ou depuis longtemps stabilisée, est un fait inhabituel qui doit faire chercher ailleurs la cause de cette anomalie.

La brusque constatation d'une opacité de caractère segmentaire ou lobaire ou d'un épanchement pleural intarissable, sont aussi des éléments qui éloignent du diagnostic de tuberculose. Leur constatation chez d'anciens tuberculeux, est bien la preuve qu'il ne faut pas céder à la facilité qui consiste à mettre l'étiquette de tuberculose sur tout accident respiratoire qui survient chez un ancien bacillaire.

Beaucoup plus difficile était le diagnostic de l'*observation n° 3*. Cette femme de cinquante-six ans, atteinte d'hémiplégie gauche avec parésie faciale droite, chez qui survient une brusque crise dyspnéique, peut évoquer le diagnostic de cardiopathie avec manifestation embolique. La découverte d'un cancer du larynx avec métastases cérébrales était d'une réelle difficulté.

Les observations de cancer révélé par une pneumopathie aiguë ont comme caractères communs de répéter les accidents aigus toujours au même endroit, d'en prolonger la durée de façon anormale, et surtout de ne pas céder au traitement classique par antibiotiques et corticoïdes. Ces seuls caractères devraient imposer une bronchoscopie de contrôle avant que n'apparaisse la grande insuffisance respiratoire.

Quant aux cas de bronchopneumopathie chronique avec cancer, ceux-ci sont évidemment d'un diagnostic beaucoup plus difficile. Dans tous les cas, on doit retenir le caractère anormal de la poussée révélatrice du cancer, le fait qu'elle cède mal à la thérapeutique, qu'en particulier l'expectoration purulente se prolonge, persiste aussi abondante malgré l'usage intense des corticoïdes et des antibiotiques. Une telle constatation devrait suffire à imposer une investigation endobronchique.

Une dernière question se pose : dans quelle mesure l'apparition de manifestations d'insuffisance respiratoire aiguë comporte-t-elle une aggravation d'un pronostic déjà redoutable ? 75 % des malades qui ont été hospitalisés au Centre de réanimation respiratoire de l'hôpital y sont décédés. Il semble bien que l'apparition de ces manifestations aiguës constitue très souvent l'épisode terminal chez un sujet dont l'état général est déjà profondément atteint du fait du développement du cancer. L'apparition rapide d'un syndrome d'hypoxie-hypercapnie constitue un élément d'une gravité extrême et entraîne habituellement la mort dans des délais extrêmement courts.

CONCLUSIONS

I. — Il existe un nombre de cas qui n'est pas négligeable dans lesquels le développement d'une tumeur d'origine bronchique, pulmonaire ou médiastinale a comme première manifestation clinique apparente un syndrome d'insuffisance respiratoire aiguë.

II. — Le diagnostic de pareils accidents est rencontré dans la statistique du Centre de Réanimation de l'Hôpital Bichat, 18 fois sur un nombre total de 1.320 malades admis en quatre ans.

III. — Dans tous les cas, le diagnostic a été assuré parce que les réanimateurs, rompus aux techniques de l'endoscopie, ont pratiqué antérieurement à toute autre manœuvre de réanimation une endoscopie de désencombrement qui a permis d'assurer le diagnostic.

IV. — L'étude analytique de tous les cas permet de constater que, si antérieurement, le malade avait été judicieusement suivi et si les modifications des symptômes de leur affection habituelle avaient été correctement notées, le diagnostic d'évolution néoplasique aurait dû être suspecté et la bronchoscopie pratiquée avant que n'apparaisse l'insuffisance respiratoire aiguë.

V. — Le pronostic de ces manifestations d'insuffisance respiratoire aiguë, survenant au cours du cancer bronchique, est des plus redoutables ; dans 75 % des cas, le décès est survenu au cours même de l'hospitalisation au Centre de Bichat, très souvent dans les deux ou trois jours qui suivaient l'admission.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
KREIS

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

DRAGUSSEAU (P.). — Le dépistage bronchoscopique du cancer bronchique dans un service de pneumo-phtisiologie. (*Thèse*, Paris, 1963, n° 190, 58 p.)

LEMOINE (J.M.). — La bronchoscopie dans les tumeurs bronchiques. (*Rev. Praticien*, 11 juin 1952, *2*, n° 17, 1067-1071.)

MARMET (A.), VARIN (E.), HERTZOG (P.) et HASSAN (A.). — Dépistage des néoplasmes bronchiques par la bronchoscopie. (*Rev. Tub.*, 1948, *12*, n° 5-6, 343-347.)

SANTY (P.), GALY (P.) et TOURAINE (R.G.). — Le diagnostic du cancer des grosses bronches au début. (*J. Méd. Lyon*, 20 mars 1954, *35*, n° 821, 245-251.)

BRINDLEY (G.V. Jr). — Cancer bronchogénique simulant une affection pulmonaire bénigne. (*Arch. Surg.*, novembre 1954, *69*, n° 5, 740-745, 9 fig.)

VERNA (J.F.) et BLANDO (M.A.O.). — La bronchoscopie dans le cancer bronchopulmonaire. Ses modalités. (*Prensa Med. Argent.*, 6 janvier 1956, *43*, n° 1, 28-33, bibliogr.)

PALETTO (A.E.), MASENTI (E.) et VIGLIONE (F.). — Etude statistique des données bronchoscopiques dans 185 cas de cancer bronchique. (*Minerva Med.*, 1956, *2*, n° 63-64, 342-348, 4 tabl., résumé français.)

BALMES (A.) et THÉVENET (A.). — Le retard dans le diagnostic du cancer bronchique. (*Montpellier Méd.*, septembre-octobre 1956, *98*, n° 2, 194-198.)

GARAIX (J.P.). — Etude de la valeur diagnostique de la bronchoscopie dans 226 cas de cancers broncho-médiastino-pulmonaires. (*Sem. Hôp. Paris*, 26 octobre 1956, n° 63, 3264-3265.)

EEMAN (F.). — Le diagnostic endoscopique du cancer bronchique. (*J. Laryng. Otol.*, mai 1953, *67*, n° 5, 266-276.)

OUDET (P.), BURGHARD (G.) et RUEBSAMEN (G.). — Les signes de certitude des cancers primitifs des bronches. Leur étude bronchologique. (*Strasbourg Méd.*, août-septembre 1957, *8*, n° 8, 613-624, 3 tabl., 12 fig.)

PIETRANTONI (L.) et ROMAGNOLI (M.). — Diagnostic précoce du cancer des bronches. (*Rev. Laryng.*, mars-avril 1960, *81*, n° 3-4, 285.)

BALMES (A.), CHARDENON (P.) et LE ROY LADURIE (M.). — Etude bronchoscopique des tumeurs broncho-pulmonaires primitives. (*Montpellier Méd.*, septembre-octobre 1961, *104*, n° 2, 102-106.)

LEMOINE (J.M.). — Les causes d'erreurs dans le diagnostic des cancers bronchiques primitifs. (*Rev. Méd. Suisse Rom.*, janvier 1960, *80*, n° 1, 50-51.)

BARIÉTY (M.), RULLIÈRE (R.) et HORS (J.). — La bronchoscopie et les prélèvements d'origine bronchique dans le diagnostic des carcinomes bronchiques primitifs. (*Gaz. Hôp.*, 10 juin 1964, *136*, n° 16, 771-788, bibliogr. importante.)

IOANNOU (J.). — La bronchoscopie dans le diagnostic du cancer bronchique. (*Sem. Hôp. Paris*, 14 avril 1963, *39*, n° 19/4, 906-913, 12 fig., bibliogr.)

CORBETTA (L.) et ZIBORDI (F.). — Bronchites chroniques et néoplasies de l'arbre bronchique. Nécessité de l'examen bronchoscopique systématique. (*Oto-Rino-Laring. Ital.*, 1962, Bibliogr., Résumé français).

GARAIX (J.P.). — Place de l'endoscopie en respiration assistée. (*Journées de Pneumologie de l'Hôpital Bichat*, octobre 1961.)

VAN ROOMEN (J.). — La place de l'endoscopie trachéo-bronchique en réanimation respiratoire. (*Cahiers du Coll. de Médecine des Hôp. de Paris*, 1960, n° 9.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e